

経	常務理事	事務長	担当者
伺			

健康保険任意継続被保険者資格申請書

任意継続 記号番号	整理番号	資格喪失時の健康保険 被保険者の記号	資格喪失時の健康保険 被保険者証の番号	生 年 月 日			
				昭和	年 29	月 7	日 5
郵便 番号	483-9999	申請者の 住所	フリガナ	アイチケンコウナンシ 9 チョウメ 999 バンチ		電 話 番 号	
		愛知県江南市 9 丁目 999 番地				(0587) 99 - 0000	
申 請 者 の 氏 名 ・ 印			資格取得年月日	資格喪失予定日	標 準 報 酬 月 額		
フリガナ ケンボ イチロウ		男			喪 失 時	決 定	保 険 料
健保 一郎 印 印		女			千円	千円	円
最後に被保険者 として雇用されていた 事業所	名 称				最後に被保険者の 資格を喪失した 年月日	年 月 日	
	所 在 地						

令和 **元** 年 **7** 月 **16** 日 提出

受付日付印
